UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1964 N° 69

Etude statistique des adénites mésentériques dans le Service de Chirurgie infantile pendant les quinze dernières années

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1964

PAR

Marie-Thérèse ESCARGUEL

MEMBRES DU JURY. .	MM. VIRENQUE	*Président*
	SOREL	*Assesseurs.*
	BARDIER	
	PASQUIÉ	
	GAUBERT	*Suppléant.*

IMPRIMERIE TOULOUSAINE Vve LION
16, RUE LAKANAL, 16
TOULOUSE

1964

ESCARGUEL (Marie-Thérèse)

Etude statistique des adénites mésentériques dans le service de chirurgie infantile pendant les quinze dernières années.

Toulouse, 1964, Imp. Toulousaine, in-8°, 52 pages.

Thèse médecine, Toulouse, 1964, n° 69.

ESCARGUEL (Marie-Thérèse)

Etude statistique des adénites mésentériques dans le service de chirurgie infantile pendant les quinze dernières années.

Toulouse, 1964, Imp. Toulousaine, in-8°, 52 pages.

Thèse médecine, Toulouse, 1964, n° 69.

ESCARGUEL (Marie-Thérèse)

Etude statistique des adénites mésentériques dans le service de chirurgie infantile pendant les quinze dernières années.

Toulouse, 1964, Imp. Toulousaine, in-8°, 52 pages.

Thèse médecine, Toulouse, 1964, n° 69.

ESCARGUEL (Marie-Thérèse)

Etude statistique des adénites mésentériques dans le service de chirurgie infantile pendant les quinze dernières années.

Toulouse, 1964, Imp. Toulousaine, in-8°, 52 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1964, n° 69.

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN.	MM.	Lazorthes.
1er ASSESSEUR		Blanc.
2e ASSESSEUR.		Sorel.
DOYENS HONORAIRES.		Gorse, Calvet, Lefebvre, Brustier.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ribaut, Vaillois, Tapie, Delas, Riser, Bounhoure, Bugnard.

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale.	MM.	Mériel,
Clinique médicale.		Gadrat.
Clinique chirurgicale et Gynécologie.		Fabre (P.).
Clinique chirurgicale et du Cancer.		Grimoud.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie		Virenque.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		Bazex.
Clinique des Maladies de la Tuberculose et Pathologie interne.		Morel.
Clinique des Maladies des voies urinaires		Lhez.
Clinique médicale infantile et Puériculture.		Sorel (R.).
Clinique médicale de la Première enfance.		Bardier.
Clinique de Neuro-Chirurgie. .		Lazorthes.
Clinique de Neurologie et Psychiatrie.		Géraud.
Clinique obstétricale.		Guilhem (P.).
Clinique odonto-stomatologique.		Cadenat (H.).
Clinique ophtalmologique		Calmettes.
Clinique O.R.L. et de Chirurgie maxillo-faciale		Calvet.
Rhumatologie.		Ruffié (R.).
Clinique traumatologique des membres.		Rieunau.
Accouchement et Obstétricie sociale		Pontonnier.
Anatomie.		N...
Anatomie appliquée.		Poulhès.
Anatomie pathologique		Fabre (J.).
Bactériologie, Hygiène, Médecine sociale.		Andrieu.
Biophysique médicale.		Auvergnat.
Chimie biologique		Vaudigué (P.).
Electro-Radiologie.		Marquès.
Embryologie		Broussy.
Histologie.		Bimes.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		Darnaud.
Médecine légale et du Travail		Planques.
Médecine sociale		Monnier.
Parasitologie		Bouisset.
Pathologie chirurgicale		Dambrin.
Pathologie générale et Médecine expérimentale.		Sendrail.
Physico-Chimie		N...
Physiologie		Laporte (Y.).
Physiologie appliquée et Pharmacologie.		Baisset.
Physique biologique et médicale.		N...
Propédeutique médicale.		Laporte (J.).
Thérapeutique		Dardenne.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie gén. et comparée. .	MM.	Coulouma.
Bactériologie.	Mme	Enjalbert.
Biochimie médicale.	MM.	Douste-Blazy.
Maladies infectieuses.		Armengaud.
Oto-Rhino-Laryngologie.	MM.	Claux.
Pathologie médicale		Boulard.
Pathologie chirurgicale		Lagrot.
Physique médicale.		Bru.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Histologie et Embryologie. . . .	MM.	Planel.
Ophtalmologie.		Déodati.
Parasitologie.		Ruffié (J.).
Physiologie		Montastruc.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie.	MM.	Bastide.
Anatomie pathologique.		Bouissou.
Anesthésiologie		Lareng.
Carcinologie.		Estrade.
Chirurgie générale.		Enjalbert.
—		Gédéon.
—		Sarrazin.
—		Souquet.
Electro-Radiologie.		Pons.
Hématologie.		Ducos.
Histologie et Embryologie. . . .		Guilhem (A.
Pathologie expérimentale. . . .		Gleizes.
Physiologie.		Bessou.
Physique médicale.		Commanay.
Pneumophtisiologie		Migueres.

AGREGES

Médecine générale.	MM.	Ribaut.
—		Calazel.
—		Rascol.
—		Le Taillec.
—		Ribet.
Chirurgie générale.		Ficat.
—		Pasquié.
—		Gaubert.
Dermatologie - Syphiligraphie		Dupré.
Hydrologie.		Denard.
Médecine légale.		Grèzes-Rueff
Neurochirurgie.		Espagno (J.
Neurologie et Psychiatrie. . . .		Gayral.
Obstétrique		Espagno (G.
Ophtalmologie.		Bec.
Pneumo-Phtisiologie.		Delaude.

AGREGES LIBRES

Anatomie.	MM.	Thomas.
Pathologie chirurgicale		Deulafé.

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique, Cryptogamie.	Mme	Dulucq-Mathi
Chimie analytique, Toxicologie et Hygiène industrielle.	MM.	Bourbon.
Chimie pharmaceutique.		Blanc.
Matière médicale.		Vincent.
Pharmacie chimique et Pharmacodynamie		Caujolle.
Pharmacie galénique		Stanislas.
Zoologie.		Roux.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Botanique.	MM.	Roques.
Pharmacie.		Couturier.
Sciences naturelles	Mme	Caujolle.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Microbiologie.	MM.	Breuillaud.
Sciences physiques		Pitet.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Toxicologie.	M.	Broussy G.

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal.	MM.	Roche.
Secrétaire.		Berrut.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1964 N° 69

Etude statistique des adénites mésentériques dans le Service de Chirurgie infantile pendant les quinze dernières années

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1964

PAR

Marie-Thérèse ESCARGUEL

MEMBRES DU JURY..	MM. VIRENQUE	*Président*
	SOREL	
	BARDIER	*Assesseurs.*
	PASQUIÉ	
	GAUBERT	*Suppléant.*

IMPRIMERIE TOULOUSAINE Vve LION
16, RUE LAKANAL, 16
TOULOUSE

1964

A MES GRANDS-PARENTS, A MES PARENTS

En témoignage de ma gratitude et de mon affection.

A MES FRERES, A MA BELLE-SŒUR

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

A MON ONCLE, LE DOCTEUR JULIEN

Pour ses conseils et ses encouragements, qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. VIRENQUE

Professeur de Clinique chirurgicale infantile

et Orthopédie

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Vous nous faites le grand honneur de présider cette thèse. Nous avons trouvé auprès de vous l'enseignement clair et précis d'un professeur soucieux de nous apprendre.

Veuillez être assuré de toute notre reconnaissance pour la sollicitude que vous nous avez témoignée.

En hommage respectueux.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

Monsieur le Professeur SOREL
Profeseur de Clinique médicale infantile
et de Puériculture
Chevalier de la Légion d'honneur

Vous nous avez accueillie dans votre Service avec la plus grande bienveillance. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Qu'il soit un témoignage de notre gratitude.

Monsieur le Professeur BARDIER
Professeur de Clinique médicale de la Première Enfance
Médecin des Hôpitaux

Nous avons suivi avec intérêt votre enseignement. Nous sommes heureux que vous ayez accepté de juger notre thèse. Croyez en notre respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur PASQUIÉ
Professeur Agrégé de Chirurgie générale

Nous vous sommes reconnaissant d'avoir accepté de siéger à notre Jury.

Monsieur le Professeur GAUBERT
Professeur Agrégé de Chirurgie générale

Nous vous remercions d'avoir bien voulu juger ce travail.

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX ET A LA FACULTÉ

A MES CHEFS DE SERVICE

DU CENTRE HOSPITALIER DE TARBES

INTRODUCTION

Cette étude Statistique nous a été confiée par le Professeur VIRENQUE, afin de vérifier l'importance de la lymphadenite mésentérique aiguë non spécifique dans la pathologie de chirurgie infantile.

Reconnaître une entité clinique au Syndrome d'Adénolymphite mésentérique, c'est en même temps savoir qu'elle est indissociable du problème de l'appendicite aiguë qu'elle pose.

Nous avons eu aussi pour but de démontrer que non seulement l'acte chirurgical est le meilleur moyen de diagnostic, mais qu'il permet un traitement médical approprié et qu'il représente aussi un traitement en lui-même, comme l'affirme G. LAURENCE, reconnaissant la réalité des phénomènes de Reilly.

— Notre travail est très limité puisque nous n'avons fait aucune recherche étiologique, ni virale, ni bactérienne, ni sérologique à propos des cas observés. Cependant, nous ferons une mise au point des résultats des travaux effectués jusqu'à présent, sur la recherche de l'agent causal.

GENERALITES

L'adéno-lymphite mésentérique est très fréquente chez l'enfant.

On pourrait la définir comme « un syndrome abdominal aigu pour lequel on trouve à l'intervention, un appendice apparemment sain avec une adénite importante ». Cette définition est insuffisante; car nous savons que l'adénite mésentérique pose le problème de la nature et de la cause des appendicites, des fausses appendicites et de certaines invaginations.

L'expression clinique des adéno-lymphites mésentériques est fonction de multiples facteurs : l'intensité de l'inflammation ganglionnaire, son évolution aiguë ou chronique, les lésions iléales, iléo-cœcales et appendiculaires concommitantes, la réaction de l'extension au péritoine.

C'est la pathogénie des A.L.M., qui nous explique la diversité sa traduction clinique.

En dehors de toute étiologie la lésion ganglionnaire va retentir sur le tube digestif par la transmission du système neuro-végétatif. Ces désordres neuro-végétatifs vaso-moteurs et moteurs, créent un état de souffrance intestinale : spasme, invagination, suffusion hémorragique, iléite, appendicite, diverticulite. Ces altérations vaso-motrices préparent le terrain à l'infection. C'est

ainsi qu'un appendice simplement hyperhémié peut devenir suppré.

« L'adéno-lymphite précède la lésion intestinale ». Les phénomènes de Reilly nous expliquent le retentissement neuro-végétatif des adéno-lymphites sur le tube digestif. Ainsi, comprenons-nous, que ce syndrome d'adénite mésentérique puisse se manifester sous de multiples formes cliniques.

PROBLEMES CLINIQUES

Deux formes cliniques dominent par leur plus grande fréquence :

— la maladie invaginante
— et la forme pseudo-appendiculaire.

Il ne faut pas, en outre, ignorer l'existence des adénites mésentériques atypiques et des formes compliquées, qu'il est impossible de diagnostiquer cliniquement :

— les formes tumorales
avec masse perceptible à la palpation dans la F.I.D. : ou sous hépatique
— les formes provocatrices d'invagination intestinales
— les formes occlusives, décrites chez l'enfant par M^me^ Odier-Dollfus et Barbet
— les formes péritonéales.

I. — Maladie invaginante

Telle que l'a décrite G. Laurence, elle présente l'intérêt d'apparaître sous un tableau clinique typique qui seul permet d'évoquer le diagnostic d'A.L.M. avec une forte présomption d'exactitude.

La maladie invaginante comprend 3 éléments caractéristiques :

1) *Le rythme des douleurs.*

Il est constitué par des accès douloureux, d'une dizaine de minutes, se répétant au cours de la journée. Ces accès durent une à trois semaines et réapparaissent plusieurs mois plus tard, sous la forme d'une nouvelle poussée comparable qui coïncide souvent avec le printemps et l'automne.

Cette douleur abdominale est diffuse mais intense, avec des redoublements paroxystiques à type de colique ou de crampe.

2) *L'accompagnement infectieux.*

C'est le second élément en faveur de la maladie. Il précède plus qu'il n'accompagne l'affection abdominale. C'est un état d'infection banal, soit simple état grippal, soit gastro-entérite avec diarrhée et fébricule. Le plus souvent, c'est une infection plus localisée prenant l'allure d'une rhino-pharyngite ou d'une amygdalite.

3) *La palpation de l'abdomen.*

Elle peut être douloureuse et provoquer une défense pariétable; mais le point essentiel est que l'examen minutieux, prolongé, montrant la variabilité, l'inconsistance et l'inconstance de ces signes, se termine par la constatation formelle d'un ventre tout à fait normal.

II. — La forme appendiculaire

Elle réalise le tableau le plus connu, celui rencontré le plus souvent dans le service de chirurgie infantile, celui qui pose le problème : Adéno-lymphite ? ou appendicite vraie ?

Nous allons essayer de voir les principaux signes de cette forme d'A.L.M. nous permettant de l'opposer à la crise appendiculaire vraie; ce qui nous permet d'entre-

voir la difficulté de ces diagnostics, et la quasi-impossibilité clinique d'affirmer appendicite aiguë ou adénite mésentérique.

L'adénite mésentérique se présente sous des formes subaiguës et chroniques comme l'appendicite.

1) *Les signes fonctionnels.*

La crise douloureuse abdominale, dont le mode de début, soit brutal, soit survenant après une série de crises antérieures est commune aux deux tableaux.

L'existence de crises antérieures nous permet de retrouver l'amélioration de la douleur par le décubitus ventral.

Cette amélioration posturale est d'autant plus caractéristique que la crise douloureuse survient après les repas.

Ce fait serait-il un signe en faveur de l'adénite mésentérique ?

Ce soulagement pourrait s'expliquer ainsi : cette position diminue la traction sur les mésos intestinaux. En réalité, ce signe n'a pas une valeur absolue, car pour certains auteurs, toutes les douleurs abdominales sont soulagées par le décubitus ventral.

— Les douleurs dans la crise d'A.L.M. se répètent par paroxysmes. Mais, les paroxysmes douloureux s'observent également dans certaines appendicites, et en particulier dans certains volvulus appendiculaires.

— Le siège de la douleur spontanée est aussi souvent para-ombilical qu'iliaque droit. Dans les appendicites aiguës ou chroniques, les douleurs para-ombilicales ou épigastriques, s'expliquent logiquement puisque le trajet nerveux de la douleur converge vers la racine du mésentère.

Les vomissements et les nausées font souvent défaut dans la simple adénite mésentérique aussi bien que dans l'appendicite abcédée.

— L'arrêt des matières et des gaz serait un signe plus fidèle à l'appendicite. La diarrhée se rencontrant plus fréquemment dans l'adénite mésentérique.

Il apparaît donc comme illusoire de vouloir différencier appendicite et adénites mésentériques d'après les signes fonctionnels.

2) *Les signes d'examen.*

— Peut-on retenir l'absence de contracture comme un signe évoquant l'adénite ?

Dans de nombreux cas d'appendicite, on ne constatera qu'une simple défense pariétale. Par contre, ce qui paraîtrait plus intéressant, serait la palpation profonde d'un empâtement ou d'une petite masse dure, faisant penser à un amas ganglionnaire.

Le toucher rectal n'apporte pas de renseignements distinctifs. Il peut être douloureux dans les deux affections, car il peut exister une réaction péritonéale avec épanchement séreux dans les 2 cas.

Aird a décrit comme signe spécial de l'A.L.M., le déplacement vers la ligne médiane de la zone douloureuse en décubitus latéral gauche, la masse ganglionnaire étant entraînée par son poids.

Colman signale comme symptôme de valeur différencielle entre les deux tableaux cliniques, le signe de Blumberg positif (douleur intense à la décompression abdominale brusque) qui s'observerait dans la lymphadénite mésentérique.

3) *Les signes d'infection.*

L'existence d'épisodes infectieux antérieur est retrouvé aussi bien dans l'appendicite que dans l'A.L.M.

Les signes généraux n'ont rien de spécifique à l'une ou l'autre affection = température élevée à 39° ou modérée.

Hyperlencocytose très variable, à la formule sanguine.

En résumé, nous pouvons dire qu'aucun de ces signes n'a de valeur absolue. seul un groupement de nuances permet au clinicien de prévoir le diagnostic d'adénolymphite mésentérique. La laparotomie seule, permettra de l'affirmer. Et la constation opératoire sera la base essentielle à la réalisation de notre statistique.

ETUDE STATISTIQUE

Cette étude statistique porte sur les cas d'Adénites mésentériques observées dans le service de chirurgie infantile du Professeur VIRENQUE, au cours de ces quinze dernières années (1949-1963).

L'âge des enfants étudiés s'échelonne entre quelques mois et 15 ans. C'est dans ces limites d'âge en effet que l'A.L.M. survient le plus fréquemment; 80 % dans la thèse d'ABOULKER (Paris, 1936).

Tous ces petits malades ont été opérés dans un tableau d'appendicite aiguë ou subaiguë. Seules, les découvertes per-opératoires nous ont permis de poser le diagnostic d'adénite mésentérique, ou d'appendicite vraie avec son adénopathie satellite.

Nous n'avons retenu que les adénites mésentériques cliniquement primitives. Nous entendons par ce terme, les adénopathies qui dominent, soit par leur grand nombre, soit par leur volume, les lésions appendiculaires étant minimes ou inexistantes. Avec M. FÈVRE (1962), nous les appellerons :

— Adénites mésentériques dominantes,

— Adéno-lymphites autonomes sans aucune lésion appendiculaire apparente.

Conduite d'étude

Quatre points seront successivement développés :

1° Fréquenc des adénites mésentériques.
2° Répartition saisonnière.
3° Répartition de la fréquence selon l'âge. .
4° Répartition de la fréquence selon le sexe.

I. — Fréquence de l'adénite mésentérique

Nous avons envisagé tous les cas d'enfants opérés avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Une fois sur trois, le chirurgien était intervenu sur une adénite mésentérique qu'il avait été impossible de différencier cliniquement d'une crise appendiculaire.

Fig. 1

Année	Cas d'adénites mésentér.	Cas d'appendicites	Malades opérés (total)	Adénites mésentér. (%)
1949	3	15	18	16,5 %
1950	3	42	45	6,7 %
1951	21	48	69	30 %
1952	22	55	77	28,5 %
1953	25	36	61	48 %
1954	36	49	85	42,5 %
1955	36	53	89	40,5 %
1956	52	65	117	44,4 %
1957	39	47	86	45,3 %
1958	30	74	104	29 %
1959	22	77	99	22,7 %
1960	35	61	96	36,5 %
1961	36	80	116	30 %
1962	35	77	112	31 %
1963	36	72	108	33 %
T. 15 années	431	851	1 282	33 %

— Pendant les quinze dernières années, sur 1 312 petits malades opérés avec le diagnostic d'appendicite probable, 881 présentaient une lésion appendiculaire manifeste. Chez les 431 autres, l'adéno-lymphite mésentérique était responsable de la symptômatologie clinique.

Soit 33 % *d'Adénite-mésentérique constatées.*

— *Les statistiques* de Bori montrent que sur 83 enfants opérés, seulement 6 présentaient des A.L.M. : adénites volumineuses sans aucune inflammation appendiculaire.

— *Au centre chirurgical de Bologne :* Reggianini et Argento, ont trouvé 47 cas d'adénite mésentérique pour 2 000 malades appendicectomisés, soit : 2,35 % des cas opérés pour appendicite.

— La constatation de ce petit nombre tient au fait, que ces auteurs ne posaient le diagnostic d'A.L.M. qu'en présence de ganglions hypertrophiés sans atteinte des autres organes abdominaux. Or, nous savons bien que l'infection ganglionnaire peut retentir sur l'intestin et l'appendice en y créant des lésions.

— Vera Latorre, recherchant les causes d'erreur d'appendicite aiguë, donne une fréquence d'adénite mésentérique comparable à celle de notre statistique; sur 75 malades opérés pour appendicite aiguë, 21 présentaient des adénites mésentériques non spécifiques; soit : 28 % des appendicectomisés.

II. — Répartition saisonnière

Il est particulièrement intéressant de considérer la répartition des A.L.M. en fonction des saisons.

— Il existe une très nette recrudescence pendant les 3 mois d'hiver (janvier-février-mars).

— Le maximum se situe en mars avec 59 cas d'A.L.M. pour 102 appendicites vraies; soit 37 % des malades opérés.

— Au printemps (avril-mai-juin) le nombre de cas encore assez important va en décroissant.

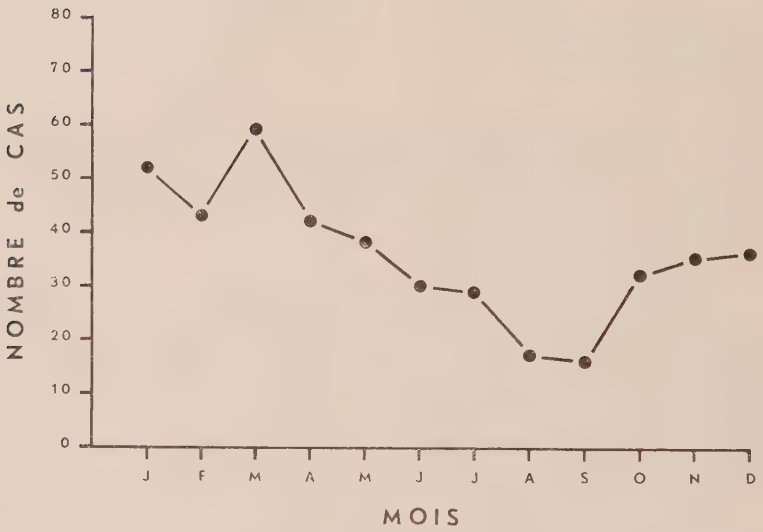

Fig. II. — *Répartition saisonnière de l'A.L.M.*

— C'est au cours des 3 mois d'été (juillet-août-septembre) que l'on enregistre le moins d'A.L.M., le minimum étant au mois de septembre où l'on compte 16 adénites pour 58 appendicites vraies; soit 21,6 % des enfants appendicectomisés à ce moment-là.

— En octobre, novembre et décembre, on assiste à une réapparition de ces A.L.M. qui va croissante à l'approche de la saison froide.

— Ladd et Gros, qui firent leur statistique à partir de 484 cas (1908-1939), reconnaissent la prédominance de cette affection en iver.

— Darmaillacq (M.R.), affirme une influence saisonnière certaine, en décrivant 37 cas sur 76 survenus dans la saison froide, de décembre à avril.

— Denimal, lui aussi, constate un plus grand nombre de cas en hiver : de la fin du mois de décembre, jusqu'en mars. Notre statistique est en accord avec ses résultats.

— En considérant l'étiologie de cette affection, Mollaret H. trouve une forte proportion hivernale d'A.L.M. à « Pasteurella pseudo-tuberculosis », avec un maximum en décembre-janvier.

— Par contre, la recrudescence des A.L.M. virales, se fait en période grippale, c'est-à-dire printemps et automne.

Ces deux étiologies étant englobées dans notre statistique, nous comprenons que le maximum se situe en hiver, et qu'il existe encore un nombre important de cas au printemps et en automne (figure n° II).

III. — Répartition de la fréquence selon l'âge

Sur les malades âgés de quelques mois à 15 ans, nous avons pu constater que la plupart de nos A.L.M. *se situent entre* 7 *et* 14 *ans avec un maximum très net à l'âge de* 12 *ans.*

Comme le montre la figure n° III,

— 47 cas diagnostiqués sur des enfants de 12 ans,
— 2 seulement chez des nourrissons de quelques mois (2 et 14 mois),
— 14 cas à l'âge de 3 ans,
— 18 cas chez l'enfant de 4 ans.

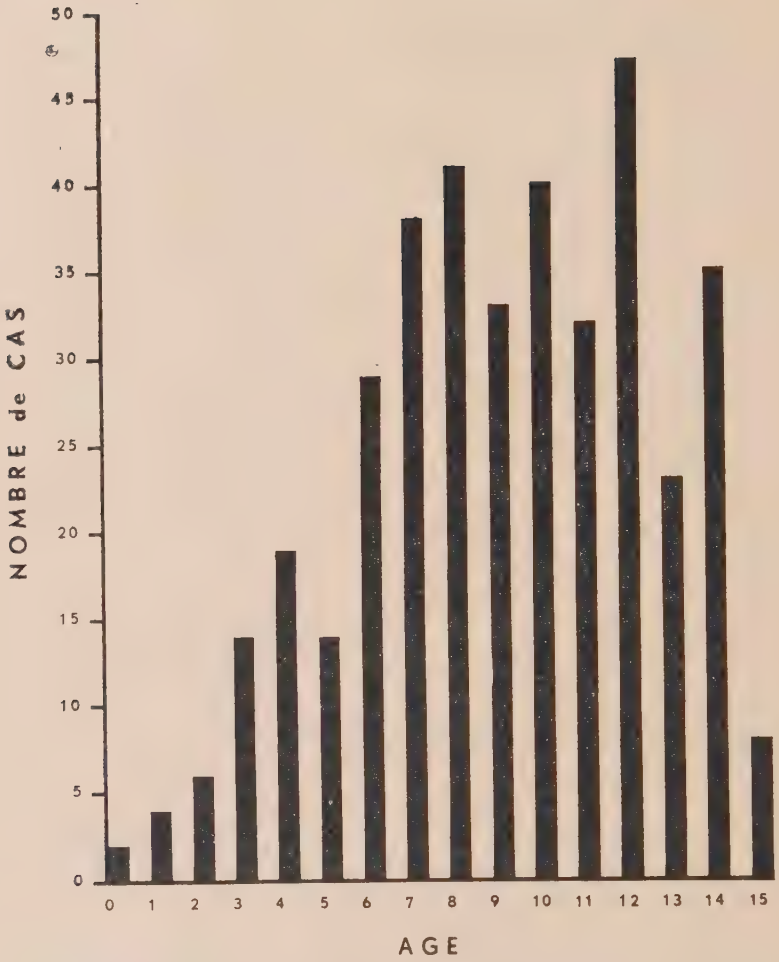

Fig. III. — *Répartition selon l'âge.*

— Boileau trouve l'A.L.M. chez des jeunes enfants; 1 cas à 6 mois, 1 enfant de 27 mois, un autre de 3 ans.

— Champeau pense que l'adénite mésentérique survient chez les enfants de moins de 12 ans et surtout de 8 mois à 4 ans. Personnellement, nous pensons que l'A.L.M. peut se voir chez le nourrisson, mais qu'elle est exceptionnellement diagnostiquée à cet âge.

— Vera Latorre donne des chiffres qui sont à peu près comparables au résultat de notre enquête; le maximum de cas d'adénite mésentérique rencontré se retrouverait chez les enfants entre 4 et 8 ans, et avec une fréquence peu différente chez les enfants de 8 à 12 ans.

Parmi les nombreuses statistiques relevées, nous retiendrons celle de W. Hecker : 3 à 15 ans; de W. Knapp : 2 à 23 ans, avec un maximum de 5 à 7 ans et de 10 à 17 ans.

En comparant nos résultats avec les travaux des différents auteurs, nous pouvons affirmer que l'adénite mésentérique se voit essentiellement chez l'enfant, *avec un maximum de fréquence entre 7 et 12 ans.*

IV. — Répartition de la fréquence selon le sexe

Dans la littérature, tous les auteurs ont relevé la prédominance des A.L.M. dans le sexe masculin.

— H.H. Mollaret compte 69 garçons pour 11 filles dans le cas d'une adénite mésentérique à bacille de Malassez et Vignal; 160 garçons pour 117 filles parmi les adénites d'étiologie indéterminée.

— Denimal signale également la prédominance du sexe masculin (3 garçons pour 1 fille).

— Pour Aird, ce sont les garçons les plus fréquemment atteints; la statistique de Baker relate 20 cas de garçons pour 12 cas d'A.L.M. chez des filles.

Contrairement au résultat des diverses statistiques, nous constatons l'égalité du nombre de cas dans les deux sexes.

Pendant 15 ans :

209 cas d'adénite mésentérique relevés dans le sexe masculin,

209 dans le sexe féminin.

En résumé

Cette Statistique nous permet de constater la grande fréquence de l'adéno-lymphite mésentérique (33 % des appendicectomisés), et sa prédominance hivernale. Elle se rencontre surtout chez l'enfant entre 7 et 12 ans, et aussi bien dans le sexe masculin que dans le sexe féminin (même nombre de cas).

ETIOLOGIE

Après avoir envisagé statistiquement la fréquence des adénolymphites mésentériques, considérons l'agent causal de ce syndrome. N'étant pas une entité clinique bien définie, il est facile de prévoir la variété, la complexité de son étiologie. Plusieurs agents microbiens et viraux peuvent être en cause.

A la lumière des travaux effectués, nous allons envisager les agents pathogènes responsables de l'adénite mésentérique.

1° Adénite mésentérique à bacille de Malassez et Vignal.
2° A.L.M. Virales : rôle des adénovirus,
rôle des autres virus.
3° A.L.M. à bacille tuberculeux.
4° A.L.M. à toxoplasma Gondii.
5° A.L.M. à divers agents pathogènes.
6° Associations bactériennes et virales.
Rôle des facteurs déclenchants.

I. — Adénite mésentérique a bacille de Malassez et Vignal

La plus anciennement connue, puisque c'est en 1910 qu'Albrecht décrit pour la première fois l'A.L.M. pseudo tuberculeuse avec sa symptômatologie appendiculaire. Il isola du contenu du ganglion prélevé le bacille

de Mallasez et Vignal, appelé aussi « Pasteurella pseudo tuberculosis ».

En 1953, KNAPP et MASSHOFF, en Allemagne, isolent eux aussi le bacille, découvrent la présence d'agglutinines dans le sérum des malades et démontrent la spécificité certaine de la réaction d'agglutination.

En 1954, GIRARD en France, fait connaître l'intérêt de ces recherches.

Le bacille de Malassez et Vignal confère à cette affection certains caractères particuliers qui permettent de l'individualiser par

1° *Fréquence*

— 10 % des cas pour DENIMAL.

— Depuis qu'HANNOUN, MOLLARET et THIAUCOURT ont démontré le rôle des adénovirus et leur intrication possible avec Pasteurella, nous croyons à la fréquence relativement faible d'A.L.M. à bacille de Malassez et Vignal.

2° *Age - Sexe - Saisons*

— Il s'agit toujours de sujets jeunes entre 3 et 17 ans (MOLLARET).

— 5 fois plus fréquent dans le sexe masculin que dans le sexe féminin.

— A prédominance hivernale manifeste avec maximum en décembre et janvier.

3° *Caractère familial*

Les formes familiales dues au bacille de Malassez et Vignal ne sont pas exceptionnelles. LATAIX, COULET et PERNY ont relevé 6 familles dans lesquelles 2 ou 3 enfants furent opérés dans la même semaine. MOLLARET et BERTHON, en 1962, signalent le cas de 2 frères.

4° *Aspects cliniques*

a) 80 % des A.L.M. à bacille de Malassez et Vignal se présentent sous la *forme pseudo-appendiculaire*. Les traits qui semblent la caractériser sont :

— un début brutal, sans prodromes, sans antécédents douloureux. C'est une douleur dans la fosse iliaque droite avec température générale élevée.

— L'intervention révèle des adénopathies particulièrement volumineuses. Ce sont les plus grosses adénites mésentériques. Dans leur aspect typique, elles sont nettement inflammatoires avec quelques micro-abcès sous-corticaux, visibles sous la muqueuse, parfois en voie d'abcédation. Souvent il existe une péri-adénite avec épanchement séreux intra-péritonéal plus ou moins abondant, clair et stérile. Soulignons les fréquentes lésions du grêle : iléite terminale pouvant aboutir au sphacèle (Favre et F. de Préaumont, 1 cas).

b) *La forme parathyphoïdique* serait la traduction clinique d'une pasteurellose généralisée. Elle a été décrite par Knapp chez le grand enfant.

Mollaret et Berthon, à propos d'un cas, insistent sur son analogie avec les Salmonelloses et reconnaissent le grand intérêt du Séro-diagnostic, positif à Pasteurella, qui leur a permis le diagnostic rétrospectif.

c) *Un érythème noueux* siégeant sur la face d'extension des deux jambes et *des ganglions cervicaux* volumineux et douloureux, peuvent accompagner une A.L.M. banale.

L'érythème noueux ne paraît pas exceptionnel; il peut même survenir quelques jours après l'intervention (observation de Morger). Cet auteur pense que ce symptôme est la traduction d'un état d'hyperergie, d'autant plus que ces malades répondent de façon particulièrement intense à l'intra-dermo-réaction.

d) Il existe aussi des *formes bâtardes* à symptômatologie digestive, avec subictère, hyperthermie et mauvais état général.

5° *Examens de Laboratoire*

Leur intérêt est primordial dans les formes atypiques que nous avons décrites.

a) *Mise en évidence du germe.* Elle se fait par culture simple à partir du ganglion prélevé. Le meilleur matériel est le ganglion en voie de suppuration. On peut aussi l'isoler à partir de l'appendice et des selles.

Cet isolement permet et le diagnostic et l'antibiogramme dont la conséquence est une thérapeutique adaptée.

b) *Séro-agglutination.* Sa valeur a été démontrée par Knapp et Girard. Cette méthode a un grand intérêt à condition de prendre en considération les taux d'agglutination égaux ou supérieurs au 1/200e et de voir sa variation dans le temps. L'évolution croissante ou décroissante du taux des anticorps est plus significative qu'un chiffre absolu. Aussi faudra-t-il prélever 2 échantillons de sang, à 8 ou 10 jours d'intervalle, pour comparer ce taux.

Ce diagnostic sérologique a un double intérêt :

— intérêt diagnostic car il permet de différencier 5 types de bacilles pseudo-tuberculosis (le plus fréquent est le type 1).

— intérêt pronostic. On parle de guérison complète quand le taux des anticorps est revenu à la normale (1 à 4 mois). Une guérison clinique s'accompagnant d'un taux d'anti-corps croissant ou stationnaire doit faire penser à la persistance du germe dans les ganglions (Lataix, Coulet, Perny et Knapp). D'où l'intérêt de contrôles sérologiques fréquents afin de surveiller l'évolution.

c) *Intra-dermo réaction.* Elle teste l'allergie des malades. La lecture de la réaction érythémateuse se fera au second jour. Toute réaction précoce et fugace est sans valeur.

Parfois l'I.D.R. reste négative lorsque les ganglions ne présentent pas de suppuration (Chigot).

Une I.D.R. positive peut persister très longtemps. Une réaction fortement positive a été retrouvée 10 ans après (Sabathier et Laurence).

L'intra-dermo réaction permet donc un diagnostic ré-

trospectif d'autant plus utile que les signes sérologiques disparaissent rapidement.

Ces quatre examens ont chacun leur valeur propre :
— l'isolement du germe parce qu'il permet l'antibiogramme,
— l'examen sérologique parce qu'il permet de suivre l'évolution,
— l'intra-dermo parce qu'elle permet un diagnostic rétrospectif utile dans le cas de récidives.

II. — Adénite mésentérique virale

L'origine virale de certaines adéno-lymphites mésentériques a été pressentie en raison de leur caractère saisonnier et de leur association fréquente avec des infections respiratoires. Les premiers cas furent décrits au cours de l'épidémie grippale 1918-1919.

Nous envisagerons successivement :

— les adénovirus,
— les autres virus.

A) *Les adénovirus*

Les premiers identifiés en 1953. Leur rôle pathogène dans l'adénolymphite mésentérique fut démontré par Kjellen en 1954.

1° *Clinique.*

L'A.L.M. d'origine adénovirale évolue en 2 phases :

a) *La première phase signe la porte d'entrée du virus.* On peut donc observer :

— des manifestations pharyngées et conjonctivales fébriles, simple catarrhe oculo-nasal ou véritable rhino-pharyngite. Sur les 4 années où nous avons étudié les signes cliniques qui accompagnaient le syndrome abdominal, les manifestations pharyngées furent décelées 10 fois;

— des manifestations respiratoires à type de trachéo-bronchite ou bronchite grippale peuvent aussi exister;
— des atteintes encéphaloméningées (Denimal, 2 cas sur 6 étudiés). Nous avons nous-même été en présence d'une A.L.M. typique, chez un enfant de 6 ans, hospitalisé pour syndrome méningé.

b) *La seconde phase ou phase abdominale* survient après un délai variable de 1 à 15 jours.

— La douleur est en règle de siège médian, épigastrique ou para-ombilical (6 cas sur 6 pour Denimal). Elle évolue par crises avec paroxysmes courts. Elle a un caractère agitant.
— L'interrogatoire révèle, fréquemment, l'existence de crises antérieures pouvant s'étaler sur plusieurs semaines, même plusieurs mois. Nous l'avons noté 30 fois sur 140.
— Ces signes évoquent fortement la maladie invaginante dont la nature virale est admise par la plupart des auteurs.
— La formule sanguinaire montre une tendance à la lymphocytose sans polynucléose.
— Les adénopathies, à l'intervention, sont en général disséminées, de petit volume, d'aspect inflammatoire, s'accompagnant d'une réaction séreuse. L'examen anatomo-pathologique ne révèle qu'une hyperhémie banale.

2° *Examens de Laboratoire.*

a) *L'isolement de l'adénovirus* est l'élément de certitude du diagnostic.

Boileau, dès 1952, essaye d'isoler ce germe.

Rowe et Huebner, en 1953, isolent les premières souches d'un virus nouveau, l'adénovirus, à partir de cultures de tumeur épithéliale.

24 types d'adénovirus ont été différenciées par leurs propriétés cytopathogènes. Les plus fréquents sont les types 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Par la suite ces virus furent retrouvés par KJELLEN dans les ganglions mésentériques; BONARD et PACCAUD dans les appendices cultivés; DENIMAL, à la fois dans les ganglions et l'appendice (1 cas). Ils sont très rarement trouvés dans les selles.

BELLS (1962) a étudié les ganglions prélevés chez des enfants atteints d'A.L.M. et chez des témoins opérés pour affections diverses. Les résultats furent positifs :

— 11 fois sur 31 adénites mésentériques,
— 5 fois sur 50 contrôles seulement.

Cette différence semble bien démontrer le rôle pathogène des adénovirus dans l'A.L.M.

b) *La sérologie* nécessite au moins 2 prélèvements afin de constater l'évolution significative des titres obtenus. Les anticorps fixant le complément apparaissent avec un maximum entre le 40e et le 50e jour (DENIMAL), ils disparaissent au bout de 2 à 3 mois.

Le taux significatif des anticorps est de 1/32 pour HANNOUN et de 1/40 pour DENIMAL. Ce taux est variable dans le temps. Cette notion d'intensité et de variabilité du taux de fixation du complément semble essentielle.

La réaction de déviation du complément est donc le meilleur test sérologique des maladies à adénovirus (A.L.M.). Pour le laboratoire, elle est plus facile à réaliser que l'isolement.

B) *Les autres virus*

Actuellement, les auteurs admettent que les virus auraient une plus grande place dans l'étiologie des A.L.N.

1° *Virus de la rougeole*

Nous avons dans nos observations une adénite mésentérique précédent une rougeole. Elle se présentait comme une appendicite avec catarrhe rhino-pharyngé important. L'exanthème typique apparaissait quelques jours après l'intervention.

2° *Virus de l'hépatite*

Nous avons remarqué, aussi, chez un enfant de 5 ans et demi, un ictère avec une A.L.M. qui se manifestait depuis quelques jours par des douleurs dans la fosse iliaque droite, des vomissements et un état fébrile. L'intervention révélait de multiples adénopathies avec iléite généralisée, appendice peu enflammé. Deux jours après, un ictère se déclarait avec sels et pigments biliaires dans les urines, avec Mac Lagan = 130 U. V., Hanger +++, G.B. = 10.800. Dans ce cas l'A.L.M. se révélait être le premier signe de l'infestation virale.

3° *Virus de la pneumonie*

On doit faire un rapprochement entre les A.L.M. dites primitives et les infections pulmonaires aiguës afin de clarifier une étiologie virale commune.

Nous avons observé, chez le jeune B.J. Louis, âgé de 3 ans, un syndrome abdominal aigu au décours d'une pneumopathie considérée comme virale. Devant un état fébrile à 38°, des vomissements, une défense dans la F.I.D., l'intervention décidée révélait de très nombreuses adénopathies associées à un appendice sain. Cet A.L.M. était relié au syndrome pulmonaire.

L'existence d'adénolymphite a été enregistrée en Ecosse pendant l'épidémie du virus Echo type 9 et des infections à virus Frater (Landsmann 1960 et Bell 1962).

Ces renseignements cliniques et opératoires ne sont que des signes de présomption en faveur d'une origine virale.

Des travaux bactériologiques ont été effectués par Bell. Il a examiné successivement les ganglions des A.L.M. non spécifiques, ceux des invaginations intestinales, ceux d'un groupe de contrôle, ainsi que les selles et l'appendice de ces mêmes enfants. Sur 38 isolements de virus obtenus, les types sérologiques étaient les suivants :

— adénovirus type 1, 2, 3, 5, 6.
— Coxsackie groupe B, type 1, 3, 5.
— virus Echo type 9, 11.
— virus Frater.

L'xamen sérologique révélait parallèlement une élévation significative des anticorps correspondants au virus isolé.

4° *Entérovirus*

Ils furent isolés en très grande quantité des ganglions mésentériques en cours d'épidémie. Il semble bien que ce soit l'envahissement massif des ganglions par ces virus qui déclenche l'apparition clinique de l'A.L.M.

Si les techniques virologiques actuelles nous permettent de reconnaître le rôle des adénovirus et des virus dans 10 % des cas environ, nous espérons que leur plus grande connaissance nous permettra de les retrouver à l'origine des A.L.M. dites non spécifiques ou indéterminées.

III. — Adénite mésentérique tuberculeuse

De plus en plus rarement observées, elles sont :

— *une découverte peropératoire*

Reich, sur 2.140 A.L.M., signale 38 cas dont 36 avaient été opérés avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Kaplan a publié le cas d'une primo-infection intestinale à bacille tuberculeux bovin. L'inoculation digestive était à l'origine de cette tuberculose coeco-appendiculaire. Le diagnostic était confirmé à l'intervention qui permettait le prélèvement d'un ganglion et l'isolement du bacille.

— *une découverte radiographique* car les ganglions mésentériques peuvent se calcifier. Ce qui présente l'intérêt rétrospectif de révéler une primo-infection intestinale effectuées plusieurs mois ou années auparavant.

IV. — Adénite mésentérique a toxoplasma Gondii

L'atteinte ganglionnaire est primordiale dans les toxoplasmoses acquises infantiles. Il est donc logique que toxoplasma Gondii soit recherché comme autre agent causal de l'A.L.M. (la contamination par ingestion ayant été prouvée expérimentalement chez l'animal).

Joseph et coll. ont suspectés les premiers cette origine toxoplasmique chez un enfant opéré pour appendicite. Ils sont parvenus à isoler le toxoplasme d'un ganglion axillaire.

En 1960, Bernard, Paccaud et Urech firent la description d'un cas chez une fillette de 11 ans. C'est alors que fut réussie la mise en évidence de toxoplasma Gondii par culture cellulaire directe du ganglion mésentérique prélevé.

Cette étiologie est assez rare, mais il ne faut pas l'ignorer en raison du nombre croissant de toxoplasmoses acquises.

V. — Adénite mésentérique a divers agents pathogènes

Parmi les autres étiologies possibles nous retrouvons :

— *les Streptocoques* simultanément isolés de la gorge et des ganglions mésentériques (Gollberg et Nathanson).

— *les Salmonelles* isolées des ganglions dans des A.L.M. qui s'étaient présentées comme une invagination ou une appendicite. Ces Salmonelles étaient, le bacille d'Eberth, salmonella typhi murium, salmonelle entéritidis.

— *le Charbon* peut avoir une localisation intestinale (Ghossain). Sa forme clinique est particulièrement grave avec ganglions iléo-cœcaux hypertrophiés et une iléite terminale.

VI. — Associations bactériennes et virales Rôle des facteurs déclenchants

1° *Les associations bactériennes et virales sont fréquentes*

— soit sous forme de virus associés au bacille de Malassez et Vignal. Hannoun l'a constaté 5 fois sur 15 A.L.M. virales,

— soit sous forme d'adénovirus associés aux virus. Denimal isole 2 virus différents chez un même malade et pose le problème des associations virales. Cet enfant présentait un syndrome respiratoire d'origine adénovirale confirmé par la réaction de déviation du complément. Deux prélèvements de selle successifs révélaient aussi un polyo-virus type 3 avec variation correspondante du taux de l'anticorps.

2° *Les facteurs déclenchants*

Certains virus vivent à l'état latent dans l'organisme et ne se manifestent qu'à la suite :

— d'une agression gactérienne; dans ce cas le virus préparerait le terrain à la bactérie.

— d'un traumatisme (contusion ou shock opératoire : 2 observations d'Hannoun, Mollaret et Thiaucourt).

L'existence de « porteurs sains » est un élément de plus en faveur du rôle de ces facteurs déclenchants.

CONDUITE OPERATOIRE ET THERAPEUTIQUE

— En dehors de toute considération étiologique, et même devant un ensemble de signes évoquant fortement l'adénite mésentérique, la conduite du chirurgien reste la même : il faut opérer, car il persiste un doute sur l'existence d'une lésion appendiculaire.

I. — L'exploration de la cavité abdominale

Elle est très importante car elle nous permet d'affirmer le diagnostic ou de le confirmer s'il a été soupçonné. L'incision doit être suffisamment large pour ne pas gêner le chirurgien.

— *L'état de l'appendice* est vérifié en premier : il est apparemment sain, non adhérent, non inflammatoire ? — ou bien rouge, hyperhémié, fixé par de nombreuses adhérences. Que la lésion appendiculaire soit inexistante, minime ou plus importante, il faut poursuivre plus loin l'investigation.

— *L'existence d'une adénopathie* est recherchée dans un second temps; le plus souvent située dans l'angle iléo-cœcal; parfois seulement localisée au méso-appendiculaire. Il faut remonter le long du mésentère afin de vérifier leur répartition possible dans les trois groupes mésentériques.

Très localisée, unique, le volume de l'adénopathie peut atteindre de très grandes proportions (taille d'un œuf de

pigeon par exemple). Multiples disséminées, elles sont alors micronodulaires. Variables dans leur nombre, leur volume et leur répartition, elles sont en règle peu volumineuses dans le méso-appendice; plus grosses et groupées dans l'angle iléo-cœcal; agglomérées dans le mésentère. En fait, il est assez fréquent que l'adénopathie soit isolée, très discrète, n'apparaissant que si on la recherche avec minutie. Elle signifie alors que la première infestation a été ganglionnaire et que la lésion appendiculaire actuelle n'en est que le témoin. Son aspect pourra être rosé, inflammatoire, adhérent ou blanchâtre. Il est exceptionnel de découvrir un ganglion suppuré.

— *Le retentissement de cette adénite* est successivement vérifié :

• *sur le péritoine :* épaissi, inflammatoire ou non, avec un liquide séreux, clair, plus ou moins abondant.

• *sur l'iléon :* souvent il existe des lésions d'iléite; la dernière portion du grêle a un aspect franchement inflammatoire, elle est cartonnée, rouge, très hyperhémiée. L'importance de ces lésions peuvent amener le chirurgien à faire une résection partielle.

• *sur le cœcum ;* il put présenter le même aspect écchymotique et cartonné que l'iléon.

— Cette exploration se termine par *la recherche d'un diverticule de Meckel* ou d'une invagination iélo-iléale concomittente.

II. — Conduite chirurgicale

Bien qu'il soit sûr du diagnostic le chirurgien n'en modifie pas sa conduite.

1. *Vis-à-vis de l'appendice.* — Il doit être enlevé, qu'il soit lésé ou apparemment sain car cet acte supprime la possibilité d'une surinfection secondaire et évite les récidives.

2. *Vis-à-vis des adénopathies :*

a) autrefois on discutait de l'opportunité de l'exérèse ganglionnaire (Aboulker qualifiait ce prélèvement de geste anodin). On recommandait cependant de prélever avec soin, un ganglion mobile dans le but de faire une identification directe du germe causal. D'autres auteurs pratiquaient la ponction du ganglion inflammatoire. Denimal insiste sur le double danger de l'exérèse : possibilité de constitution d'un hématome du mésentère; possibilité d'occlusion par bride.

Devant la pauvreté des résultats obtenus et devant les dangers de l'exérèse ganglionnaire, on ne peut qu'approuver l'abstention du chirurgien.

b) actuellement tous les auteurs sont d'accord pour ne pas toucher à l'adénopathie sauf le cas exceptionnel où la suppuration ganglionnaire nécessite l'adénectomie, afin d'éviter la dissémination et afin d'assurer le draînage.

c) la conduite chirurgicale dans le service du Professeur Virenque est de respecter l'adénopathie,

l'antibiothérapie « in situ » semble préférable à l'exérèse : poudre de tifomycine par exemple. A cette antibiothérapie locale est associé un traitement général.

quand il existe une réaction péritonéale avec épanchement séreux on pratique un lavage péritonéal au sérum péicilliné.

III. — Traitement général

1. *Une antibiothérapie* est effectuée pendant une durée de 7 à 8 jours. Elle est essentiellement à base de Streptomycine à la dose de 0,50 gr à 1 gr, suivant l'âge de l'enfant, associée, le plus souvent, à de la tifomycine. Dans les cas où l'exérèse ganglionnaire a été possible, et un germe isolé, la thérapeutique bénéficie du résultat de l'antibiogramme.

2. *La corticothérapie* complète le traitement antibiotique depuis les cinq dernières années. Le cortancyl est donné pendant six à huit jours à dose décroissante; la quantité administrée est fonction du poids de l'enfant. Il semble que ce traitement anti-inflammatoire ait un effet particulièrement favorable et nous permette d'éviter quelques complications, telle une occlusion par bride.

En résumé, l'appendicectomie systématique a le double intérêt de contrôler les lésions et d'apporter un élément thérapeutique utile. Il ne faut pas hésiter à intervenir puisque avec G. Laurence, nous reconnaissons que l'ouverture de la cavité abdominale, et l'exérèse banale de l'appendice est un geste thérapeutique pour l'adénolymphite elle-même, car :

« La mise à l'air du cœcum et du mésentère modifie l'état neuro-végétatif réactionnel et supprime la maladie douloureuse avec l'état physio-pathologique de spasme et de désordre péristaltique ».

CONCLUSION

L'étude statistique des adéno-lymphites mésentériques porte sur 1.312 enfants opérés pour appendicite pendant 15 ans. Ce sont les comptes rendus opératoires qui sont à la base de ce travail.

33 % *des enfants appendicectomisés présentaient une A. L. M.* (431 adénites mésentériques, 881 appendicites vrais). L'âge de ces petits malades s'échelonne entre 7 *et* 12 *ans,* opérés surtout en période hivernale.

L'étiologie des A.L.M. est multiple : bacille de Malassez et Vignal, bacille tuberculeux, toxoplasma Gondii. Mais en particulier l'A.L.M. adénovirale et virale peut nous faire poser la question : analogie étiologique ou pas entre A.L.M. et appendicite ?

Cliniquement il est extrêmement difficile de différencier ces deux syndromes. Dans certains cas, le chirurgien lui-même peut se demander s'il est en présence d'une adénite mésentérique dominante ou d'une appendicite banale avec son adénopathie satellite. La constatation opératoire ne dépendrait-elle pas du stade auquel le chirurgien intervient ? L'inflammation appendiculaire ne serait-elle pas le témoin d'une infection ganglionnaire primitive ? Un appendice catarrhal ne peut-il pas devenir suppuré ?

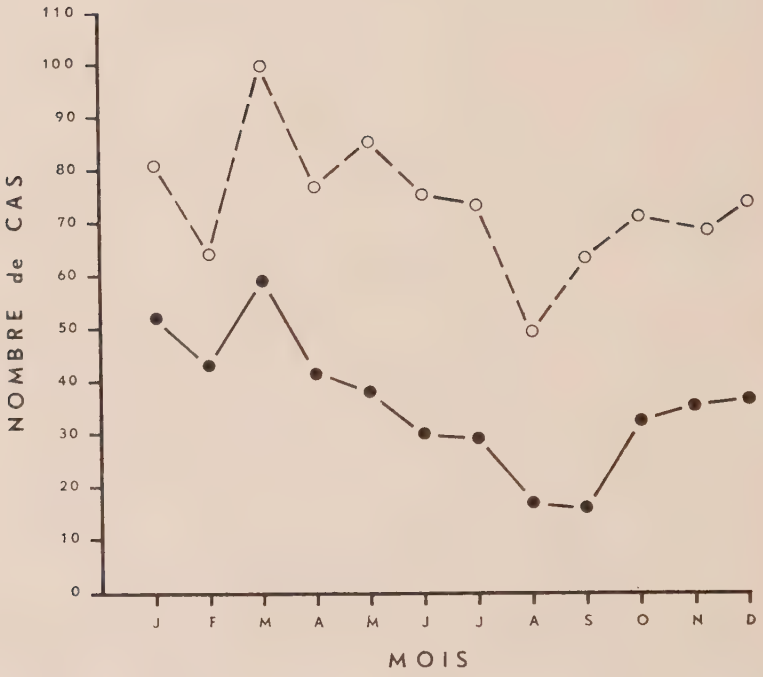

FIG. IV. — *Répartition saisonnière comparée entre les appendicites aiguës (cercles) et les adénites mésentériques (points).*

La répartition saisonnière de l'appendicite vraie et de l'adéno-lymphite mésentérique peut être comparée. (Figure IV.) On constate qu'elle est sensiblement identique : recrudescence hivernale, minimum de cas en été; un assez grand nombre de malades au printemps et en automne. — L'évolution parallèle des deux courbes n'est-elle pas un élément de plus rapprochant ces deux affections ?

On peut conclure qu'appendicite et A.L.M. sont étroitement associées par leur répartition, leur symptômatologie, leur thérapeutique et peut-être leur étiologie.

Le Président,
J. VIRENQUE.

Vu : *Le Doyen,*
LAZORTHES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Toulouse, le 7 juin 1964.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
LOYEN.

BIBLIOGRAPHIE

Arnoulf G. — A propos des adénites mésentériques à « Pasteurella pseudo-tuberculosis ». *Mém. Acad. chir.*, 1960, 86, n° 6-7, 181-184.

Aboulker P. — Les adénites aiguës appendiculaires et l'adénolymphite mésentérique aiguë. Thèse Paris, 1936, n° 143.

Barron M., Labbe G., Mollaret H. — Invagination intestinale et adénite mésentérique. Un cas dû à « Pasteurella pseudo-tuberculosis ». *Arch. Franç. Péd.*, avr. 1961, 18, n° 4, 512-516.

Bell T.M. et Steyn J.H. — Virus présent dans les ganglions lymphatiques des enfants atteints d'adénite mésentérique et d'invagination. *Brit. Med. J.*, 15 sept. 1962, n° 5306, 700-702.

Bertoye A. — Les adénovirus. *Revue du Praticien*, t. 8, n° 3, 21 nov. 1958, p. 3459.

Berthon et Mollaret H. — Un nouveau cas d'adénopathie iléo-mésentérique à « Pasteurella pseudo-tuberculosis ». *Mém. Acad. Chir.*, 1960, 86, n° 6-7, 173, 174.

Bonard E.C. — Adénite mésentérique et adénovirus. *Revue médicale de la Suisse Romande*, t. LXXXI, n° 6, juin 1961, 395-408.

Bonard E.C., Paccaud M.F. et Urech E. — Adénite mésentérique toxoplasmique. *Revue médicale de la Suisse Romande*, année LXXXI, n° 5, mai 1961, pp. 355-358.

— Adénites mésentériques et appendicites à virus ? *Helvetica Médica Acta*, V, 27, 1960, pp. 641-646.

Bonnet P.M. et coll. — Pasteurellose humaine à Pasteurella pseudo-tuberculosis (à propos d'une adénopathie mésentérique pseudo-tumorale. *Arch. Mal. app. dig.*, mai 1961, 50, n° 5, 556-560.

Busson A. et Bard D. — Adénite mésentérique aiguë et maladie de Crohn. *Arch. Mal. app. dig.*, mars 1960, 49, n° 3, 236-244.

Busson A., Bard M. et Jourde L. — Adénite mésentérique aiguë et iléite folliculaire. Evolution des iléites folliculaires. *Arch. Mal. app. dig.*, nov. 1962, 51, n° II, 1325-1339.

Cathala J., Font-Réaulx, P. Polonowski C. et Vernanet. — Invagination intestinale provoquée par une adénite mésentérique à bacille d'Eberth variété Vi, au cours d'une fièvre typhoïde. *Arch. Franç. de Péd.*, avr. 1961, 18, n° 4, 517-520.

Darmaillac A. — A propos des adéno-lymphites mésentériques. *Arch. mal. app. dig.*, nov. 1961, 50, n° II, 1285-1286.

Denimal C. — L'adénite mésentérique aiguë de l'enfant. Etude clinique et étiologique : rôle de l'adénovirus. Thèse Paris, 1961, n° 1096.

Desgouttes J.L., Bonnet P.M. et Thomas-Trévoux C. — Adénopathie mésentérique à Pasteurella pseudo-tuberculosis (à propos d'un cas personnel). *Lyon chir.*, Mars 1961, 57, n° 2, 311-314.

Desjacques P. et Folupt L. — Un nouveau cas d'adénite mésentérique aiguë à Pasteurella pseudo-tuberculosis. *Arch. app. dig.*, mai 1961, 50, n° 5, 561-562.

Destombes P. et Mollaret H.H. — L'adénite mésentérique à Pasteurella pseudo-tuberculosis. *Arch. mal. app. dig.*, mai 1961, n° 5, 561-562.

Favre, de Préaumont F., Mollaret H. et Espinassouze. — A propos de 2 observations d'adénite mésentérique aiguë à bacille pseudo-tuberculosis. *Mém. Acad. chir.*, 1960, 86, n° 10 et 11, 291-297.

Fèvre M. — Adéno-lymphite mésentérique et appendicite. *Rev. du Prat.*, 1 févr. 1962, 12, n° 4, 407-414.

Francillon J. et Tabataï. — Incidence chirurgicale des adénopathies mésentériques. *Lyon chir.*, mars 1960, 56, n° 2, 272-279.

Ghossain A. — Adénites mésentériques graves et charbon intestinal. *Mém. Acad. chir.*, I, 8, 15 mars 1961, 87, n° 8-9-10, 289-292.

— Formes graves d'adéno-lymphite aiguë mésentérique; données cliniques et opératoires. *Mém. Acad. chir.*, 1960, 6, n° 8 et 9, 254-256.

Goidin et Mollaret H. — A propos des adénites mésentériques à Pasteurella pseudo-tuberculosis. *Mém. Acad. chir.*, 1960, 86, n° 6, 7, 199.

Grand M.J. — A propos de quelques problèmes posés par l'adénite mésentérique aiguë de l'enfant. Thèse Paris, 1962, n° 120.

Hannoun C., Mollaret H.H. et Thiaucourt P. — Le rôle des adénovirus dans l'étiologie de l'adénite mésentérique. *Presse médic.*, 25 mars 1961, 69, n° 15, 671-674.

Joseph R., Desmonts G., Job J.C. et Couvreur J. — Adénite mésentérique, localisation initiale d'une toxoplasmose acquise. *Presse méd.*, 65, 1957, p. 259.

Labbe G. et Chicot P.L. — Invagination intestinale et adéno-lymphite mésentérique. *Rev. Prat.*, 1 février 1962, 12, n° 4, 417-424.

Lamu H. — Considérations étiologiques et thérapeutiques sur l'appendicite aiguë de l'enfant. Thèse Paris, 1958.

Lataix P., Coulet M. et Perny M. — Les adénites mésentériques à Pasteurella pseudo-tuberculosis. *Gaz. Méd. France*, 10 janv. 1962, 69, n° 1, 35-40.

Laurence G. — L'adéno-lymphite mésentérique aiguë. *Rev. Prat.*, 21 juin 1954, t. 4, n° 18, pp. 1669-1671.

— Aspects cliniques des adéno-lymphites mésentériques. *Rev. Prat.*, 1 février 1962, 12, n° 4, 355-364.

Laurence G. — Adéno-lymphites mésentériques et phénomènes de Reilly (retentissement neuro-végétatif des adéno-lymphites). *Rev. Prat.*, 1 février 1962, 12, n° 4, 347-352.

— Adéno-lymphites mésentériques aiguës. Comportement opératoire et thérapeutique. *Rev. Prat.*, 1 fév. 1962, 12, n° 4, 367-368.

Laurence G., Cherigie E. et Deporte. — Les adénolymphites mésentériques. *Arch. Mal. app. dig.*, nov. 1961, 50, n° II, 1284.

Lelong et J. Bernard. — La toxoplasmose acquise. *Arch. Franç. Péd.*, t. 17, n° 3, 1960.

Miette J.L. — Contribution à l'étude des adénites mésentériques aiguës chez l'enfant. Thèse Paris, 1961, n° 98.

Mollaret H. — L'adénite mésentérique aiguë à Pasteurella pseudo-tuberculosis (Bacille de Mallassez et Vignal). A propos de 30 observations. I. — Etude clinique, sérologique et bactériologique. *Presse Méd.*, 23 juil. 1960, 68, n° 36; II. — Etude épidémiologique. *Presse Méd.*, 10 sept. 1960, 68, n° 30, 1447-1450.

Mollaret H. — Bilan étiologique actuel de l'adénite mésentérique aiguë. *Mém. Acad. chir.*, 1, 8, 15 mars 1961, 87, n° 8-9-10, 293-301.

Mollaret H. — L'étiologie des adénites mésentériques. *Rev. Prat.*, 1 février 1962, 12, n° 4, 391-405.

Mollaret H. et Berthon P. — Une épidémie due au Bacille de Mallassez et Vignal (adénite mésentérique à Pasteurella pseudo-tuberculosis). *Presse Méd.*, 8 déc. 1962, 70, n° 53, 2570-2572.

Monnet P. et Thome J. — Enquête sur la fréquence de la primo-infection tuberculeuse intestinale chez l'enfant. *Arch. Franç. Péd.*, nov. 1962, 19, 1267-1276.

Patoir G. — Les adénites mésentériques à formes tumorales. *Mém. Acad. chir.*, 1960, 86, n° 6-7, 220-223.

Sibilly A., Delage J. et Suhler A. — Volumineuses adéno-lymphites mésentériques aiguës primitives simulant une tumeur du cœcum. *Sem. Hôp. Paris*, 26 oct. 1962, 38, n° 58, 3348-3350.

Umdenstock R., Raymond J. — Toxoplasmose acquise de l'enfant et syndrome d'adénite mésentérique aiguë. *Arch. Franç. Péd.*, 16, 1959, 931-934.

Verra Latorre, Métal. — Erreur de diagnostic dans l'appendicite aiguë. *Rev. Chilena Pédiat.*, 1963, 34, 189-195.

Vera M., Balazs Q., Aldunato G., Camacho E. — Lympho-adénite aiguë non spécifique. *Rev. Chil. Pédiat.*, 1961, XXXII, 191.

Vincent et Darsy. — Adénite iléo-mésentérique à Pasteurella pseudo-tuberculosis. *Arch. App. dig.*, mai 1961, 50, n° 5, 562-564.

TABLE DES MATIERES

Introduction 9

Généralités 11

Problèmes cliniques 13

Statistique 19

I. — Fréquence de l'adénite mésentérique 20

II. — Répartition saisonnière 21

III. — Répartition selon l'âge 23

IV. — Répartition selon le sexe 25

Etiologie 27

I. — A.L.M. à bacille de Malassez et Vignal 27

II. — A.L.M. à virus : les adénovirus 31

les autres virus 33

III. — A.L.M. à bacille tuberculeux 35

IV. — A.L.M. à toxoplasma gondii 36

V. — A.L.M. à divers agents pathogènes 36

VI. — Associations bactériennes 37

rôle des facteurs déclenchants . . 37

Conduite opératoire et thérapeutique 39

Conclusion 43

Bibliographie 47

IMPRIMERIE TOULOUSAINE

Vve L. LION

16, rue Lakanal, Toulouse

Dépôt légal : Aa 427, 2e trim. 64